ITEM 146 : ANGINE ET RHINOPHARYNGITE

RHINOPHARYNGITE DE L'ENFANT

= 1ère pathologie infectieuse de l'enfant : principalement d'origine virale, bénigne
- Maladie d'adaptation au monde microbien : fréquente (4-5 rhinopharyngites/an) vers 6-7 ans
- **Virus** : **rhinovirus, coronavirus, virus respiratoire syncytial, influenzae, parainfluenzae, adénovirus, entérovirus…**
- **Bactérie** retrouvée dans les sécrétions rhinopharyngées (**pneumocoque, *Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis*, staphylocoque**) : flore commensale du rhinopharynx de l'enfant → risque de surinfection

Diagnostic

SF

- **Rhinorrhée antérieure** : **séromuqueuse** (visqueuse, claire), **purulente** (colorée ± épaisse) ou **muco-purulente** (visqueuse, colorée) → le caractère puriforme ne présume pas d'une origine bactérienne ou d'une surinfection
- **Fièvre** : 38,5-39°, parfois plus élevée (40°), surtout matinale, avec **agitation**, parfois **vomissements, diarrhée**
- **Obstruction nasale** (pouvant entraîner des troubles graves de l'alimentation chez le nourrisson), **éternuements**
- **ADP cervicales** bilatérales douloureuses

Evolution

- Evolution favorable en 7 à 10 jours : **fièvre** durant 3-4 jours et **rhinorrhée** et **toux** persistant 7-10 jours

Signe évocateur de complication bactérienne

- Fièvre persistante > **3 jours** ou réapparaissant secondairement
- Persistance des autres symptômes pendant **> 10 jours**
- Changement de comportement : anorexie, irritabilité, réveils nocturnes, somnolence
- Apparition de symptômes : otalgie, otorrhée, conjonctivite purulente, œdème palpébral, troubles digestives (vomissements, diarrhée), apparition/persistance d'une gêne respiratoire

TTT

- TTT symptomatique : **gouttes nasales, antipyrétiques, antalgiques**
→ Non recommandés : **vasoconstricteurs** nasaux/généraux (avant **15 ans**), **AINS**, **corticoïdes**
- **Antibiothérapie** : non justifiée pour la prévention des complications, même en présence de facteurs de risque

Complication

- FdR : - **Immunodépression** : constitutionnelle, post-varicelle, VIH, corticoïdes, traitement immuno-suppresseur
- **Age** (6 mois à 4 ans), terrain (comorbidité), atcds d'OMA récidivante, vie en collectivité (crèche)

→ **Une infection respiratoire basse** (**bronchite, bronchiolite, pneumopathie**) n'est pas considérée comme surinfection ou complication d'une rhinopharyngite : la rhinopharyngite est un prodrome ou un signe d'accompagnement

Surinfection bactérienne

- **OMA** : généralement précoce, le plus souvent chez l'enfant de 6 mois à 2 ans
- **Sinusite** : **ethmoïdite aiguë** dès le plus jeune âge, **sinusite maxillaire** après 3 ans
- Ganglionnaire : **adéno-phlegmon cervical, abcès rétro-pharyngien, torticolis**

Autre

- Laryngée : **laryngite aiguë sous-glottique, laryngite striduleuse**
- Digestive : **diarrhée, vomissement, déshydratation du nourrisson**
- Complication liée à la fièvre : **convulsions fébriles, hyperthermie maligne**

DD

- **Imperforation choanale bilatérale** du nouveau-né : obstruction nasale totale, avec asphyxie, impossibilité d'alimentation, fausses routes → mise en place d'une **canule de Mayo** en urgence et **traitement chirurgical** précoce
- **Imperforation choanale unilatérale** : obstruction nasale et une rhinorrhée muqueuse chronique, unilatérale
- **Fibrome naso-pharyngien** = tumeur bénigne, rare, très vascularisée : obstruction nasale progressive, rhinorrhée et épistaxis à répétition, de plus en plus abondants, chez un adolescent
- **Tumeur maligne** : **cancer du rhinopharynx**

RHINOPHARYNGITE A REPETITION

Hypertrophie des végétations adénoïdes

SF

- **Rhinopharyngites à répétition**
- **Obstruction nasale permanente** : respiration buccale, ronflement nocturne avec sommeil agité, voix nasonnée (**rhinolalie fermée**)
- **Faciès « adénoïdien »** : bouche ouverte avec béance incisive, aspect hébété du visage, face allongée et étroite, voûte palatine ogivale
- **Thorax globuleux en carène** : dans les formes précoces et majeures

SC

- **Enfant pâle, hypotrophique**, quelquefois **joufflu** et **apathique**
- **Poly-adénopathie cervicale bilatérale** : ganglions petits (< 1,5 cm), fermes, indolores
- **Examen buccal** : apparition de la partie inférieure de végétations volumineuses lors d'un réflexe nauséeux, voire bombement antérieur du voile du palais

TTT

- Evolution : développement maximal entre **4 et 7 ans**, involution spontanée à la puberté
- **Adénoïdectomie par curetage du cavum** : si troubles respiratoires obstructifs ou poussées infectieuses fréquentes et compliquées d'otite, laryngite ou trachéobronchite

→ CI : insuffisance vélaire ou voile court (risque de rhinolalie), trouble de l'hémostase

Autre cause

- Facteurs climatiques : **printemps, automne**
- Facteurs épidémiques : **grippe**…
- MdV : **crèche, école, milieu familial infectant, tabagisme passif**
- Fièvre éruptive dans l'enfance : **rougeole, varicelle, scarlatine**

→ Guérison spontanée vers 6-7 ans, généralement sans séquelles

ANGINE

= **Amygdalite aiguë** : inflammation aiguë des amygdales (tonsilles) palatines, voire du pharynx
- Volontiers chez l'enfant et l'adolescent, rare avant 18 mois et chez l'adulte
- Infection généralement **d'origine virale** (60-90%) : **adénovirus, influenzae, VRS, parainfluenzae, coronavirus…**
- **Infection bactérienne** : **streptocoque β-hémolytique du groupe A** (20%, surtout après 3 ans, avec un pic de 5 à 15 ans → risque de complication potentiellement grave : rhumatisme articulaire aigu, glomérulonéphrite aiguë, complications septiques locales ou générales), ou exceptionnellement autre (***Corynebacterium diphteriae, Neisseria gonorrhoeae*, anaérobie**)
- ***Haemophilus influenzae* et *para-influenzae, Branhamella catarrhalis*, pneumocoque, staphylocoque, anaérobies divers** à la culture : commensaux, possiblement retrouvés au prélèvement de gorge, non responsables d'angine

Diagnostic

C

- **Fièvre**, **douleur pharyngée** uni ou bilatérale, **odynophagie**
- Autres : **douleurs abdominales, éruption, rhinorrhée, toux, enrouement, gêne respiratoire, otalgie**
- Examen buccal : **inflammation de l'oropharynx**
- Aspect : - **Angine érythémateuse** (la plus fréquente) : amygdales et pharynx congestifs
  - **Angine érythémato-pultacée** : amygdales congestives, recouvertes d'enduit purulent
  - **Angine vésiculeuse** = toujours virale : entérovirus, coxsackie (herpangine), gingivostomatite herpétique
  - **Angine ulcéreuse** ou **pseudomembraneuse** : angine de Vincent (anaérobie), mononucléose infectieuse, diphtérie, chancre syphilitique

→ L'aspect de l'angine n'est pas prédictif d'une angine à streptocoque A, sauf en cas d'angine vésiculeuse

	Epidémiologie	SF	SC
Angine virale	Age : - < 3 ans - Adulte	- Début progressif - **Dysphagie** modérée/absente - **Toux**, **corysa** (jetage nasal), **enrouement, diarrhée**	- Angine vésiculeuse - Eruption virale - Conjonctivite
Angine à strepto A	Age : 5 à 15 ans Hiver/début de printemps	- Début brusque - **Odynophagie** intense - Sans toux - **Fièvre** élevée	- Erythème pharyngé intense - Purpura du voile - Exsudat - ADP sensibles - Eruption scarlatiniforme
Score de Mac Isaac	= **VPN > 95%** chez l'adulte pour un origine streptococcique : indication de TDR si ≥ 2 - Fièvre > 38° - ≥ 1 ADP cervicale sensible - Age : - 1 point si ≥ 45 ans - Présence d'exsudat - Absence de toux		

PC

Test de diagnostic rapide

= Mise en évidence des **Ag de paroi** (**polysaccharide C**) de streptocoque A
- Simple de réalisation, gratuit, rapide (5 minutes), **spécificité > 95%** et **sensibilité > 90%**
- Indiqué : chez l'enfant > 3 ans, ou chez l'adulte (non indispensable si score de Mac Isaac = 0 ou 1)
- Test positif : indication d'antibiothérapie
- Test négatif : - Sujet sans FdR de RAA → aucune indication d'antibiothérapie
  - **FdR de RAA** : atcd personnel de RAA ou âge de 5 à 25 ans avec atcds multiples d'angines à strepto A ou séjour en région d'endémie (Afrique, DOM-TOM) → **culture**

Culture

= Gélose au sang, sans inhibiteur, incubation en 24-48h

Formes cliniques

Angine érythémateuse

- **Généralement d'origine virale**, pouvant parfois inaugurer ou accompagner une maladie infectieuse (**oreillon, grippe, rougeole, varicelle, poliomyélite**…)
- Peut constituer le 1er signe d'une **scarlatine** : fièvre à 40°, vomissement, aspect rouge vif du pharynx, des 2 amygdales et des bords de la langue, sans catarrhe rhinopharyngé → **rechercher un début de rash scarlatineux** (aux plis de flexion) et **pratiquer un TDR**

Angine érythémato-pultacée

= Présence d'un **exsudat pultacé** : gris jaunâtre, punctiforme ou en trainées, mince et friable, facilement dissocié, ne débordant pas la surface amygdalienne
- Germe : **origine virale** (dont **mononucléose infectieuse**), **streptocoque A** ou **hémolytique non A, staphylocoque, pneumocoque, tularémie**, **toxoplasmose**

Angine pseudo-membraneuse

= Fausse membrane : nacrées, extensives, pouvant déborder la région amygdalienne, voile et piliers

Mononucléose infectieuse

- Angine prolongée, avec fausses membranes facilement décollables, en regard des amygdales, respectant la luette
- **ADP diffuses, splénomégalie, asthénie marquée, purpura du voile**
- Contexte : **adolescent, adulte jeune**, incubation de 4-6 semaines
- Diagnostic : - **NFS** (syndrome mononucléosique), **cytolyse hépatique**
  - **MNI-test** en 1ère intention, **sérologie** si MNI-test négatif
- Evolution généralement bénigne, avec possible asthénie persistante

<table>
<tr><td rowspan="11">Formes cliniques</td><td rowspan="3">Angine pseudo-membraneuse</td><td rowspan="2">Diphtérie</td><td colspan="2">= Corynebacterium diphteriae = bacille de Loeffler : BGP
- Angine rapidement extensive, fausses membranes adhérentes et non dissociables, débordant les amygdales et envahissant la luette
- Malaise, fièvre modérée, pâleur et asthénie inhabituelle, coryza unilatéral
- Contexte : voyage en Europe de l'Est ou dans un pays en développement, sans immunité vaccinale ou immunodéprimé, incubation courte < 7 jours
- Prélèvement de gorge et/ou de fausse membrane avec PCR (gène toxine)
- Complication : - Croup (laryngite) avec risque de détresse respiratoire
- Toxinique : myocardite, atteinte neurologique périphérique</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Déclaration obligatoire et prophylaxie des cas contacts proches
- Sérothérapie anti-toxinique puis vaccin (maladie non immunisante)
- Associé : antibiothérapie par amoxicilline, isolement « gouttelette »
- Eviction jusqu'à 2 prélèvements négatifs à 24h d'intervalle</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="2">- Staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, CMV, VIH</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Angine ulcéro-nécrotique</td><td colspan="3">= Ulcération, généralement unilatérale, profonde, recouverte d'un enduit nécrotique
➙ Evoquer systématiquement : agranulocytose, hémopathie maligne et cancer ORL</td></tr>
<tr><td>Angine de Vincent</td><td colspan="2">- Début insidieux chez l'adolescent/jeune adulte, tabagique, avec AEG
- Signes discrets : état subfébriles, discrète dysphagie unilatérale, fétidité de l'haleine
- Examen : enduit pultacé blanc-grisâtre, friable, recouvrant une ulcération atone, à bords irréguliers et surélevés, non indurée au toucher, ADP minimes
- Prélèvement de gorge : association fuso-spirillaire
- Point de départ bucco-dentaire fréquent : gingivite, carie, péri-coronarite
- TTT : amoxicilline, cs odonto avec panoramique ➙ évolution bénigne en 8-10 jours</td></tr>
<tr><td>Chancre syphilitique</td><td colspan="2">- Ulcération unilatérale, sur une induration « en carte de visite », avec ADP satellite
- Prélèvement de gorge avec examen à l'ultramicroscope : Treponema pallidum
- Sérologie syphilitique (initiale et à J15) : VDRL+ à J15, TPHA+ à J10, FTA+ à J7</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Angine vésiculeuse</td><td colspan="3">= Exulcération du revêtement épithélial, succédant à une éruption vésiculeuse fugace ➙ toujours virale</td></tr>
<tr><td>Angine herpétique</td><td colspan="2">- Début brutal par une fièvre à 39-40° avec frissons et dysphagie douloureuse intense
- Dans les 1ères heures : amygdales rouges vif, avec bouquets de petites vésicules hyalines, puis tâches blanches d'exsudait entourés d'une auréole rouge, confluant parfois en une fausse membrane à contour polycyclique
- Herpès narinaire ou labial fréquemment associé
- Evolution bénigne en 4-5 jours, sans complication ni séquelle : TTT symptomatique</td></tr>
<tr><td>Herpangine</td><td colspan="2">= Virus coxsackie du groupe A : chez le jeune enfant, bénigne</td></tr>
<tr><td colspan="2">Angine gangréneuse ou nécrosante</td><td colspan="2">= Infection à germes anaérobies : exceptionnelle
- Survenant sur un terrain fragile : diabète, insuffisance rénale, hémopathie</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td>Angine non à streptocoque A</td><td colspan="3">- TTT symptomatiques : - Antalgique, antipyrétique
- Corticoïdes dans les formes sévères de mononucléose infectieuse à EBV
➙ Seules les angines diphtériques, gonococciques ou les angines nécrotiques (angine de Vincent, angine de Ludwig) justifient une traitement antibiotique adapté</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Angine à streptocoque A</td><td colspan="3">- Buts : - Accélère la disparition des symptômes et diminue la dissémination
- ↘ le risque de suppuration locale et de complications post-streptococciques non suppuratives
- Indication : TDR positif ou culture positive après TDR négatif si FdR de RAA</td></tr>
<tr><td>En 1ère intention</td><td colspan="2">- Amoxicilline po : 50 mg/kg/j chez l'enfant ou 2 g/j chez l'adulte pendant 6 jours</td></tr>
<tr><td>En cas d'allergie</td><td>Aux pénicillines</td><td>- Enfant : céfpodoxime pendant 5 jours
- Adulte : - C2G orale : céfuroxime-axétil pendant 4 jours
- C3G orale : céfpodoxime ou céfotiam pendant 5 jours</td></tr>
<tr><td>Aux β-lactamines</td><td>- Macrolide : - Azithromycine pendant 3 jours
- Clarythromycine ou josamycine pendant 5 jours
➙ Avec culture pour antibiogramme si taux local de résistance > 10%</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">- Cancer de l'amygdale : ø signe infectieux, âge, unilatéral, induration profonde, saignement au toucher, ADP maligne
- Zona pharyngien (nerf IX) : rare, éruption vésiculeuse unilatérale du voile, 1/3 supérieur des piliers et palais osseux
- Aphtose : ulcération en coup d'ongle ou en pointe d'épingle, à fond jaunâtre, douloureuse
- Eruptions bulleuses (rare) : pemphigus, maladie de Duhring-Broq…
- Infarctus du myocarde : douleur amygdalienne unilatérale, examen de gorge normal</td></tr>
</table>

Complication locale

Phlegmon péri amygdalien -> Signes d'alerte : AEG, sepsis sévère, unilatéralisation des symptômes, trismus, torticolis, tuméfaction latéro-cervicale, inflammation cutanée et/ou dyspnée

Phlegmon péri-amygdalien

= **Cellulite suppurée** développée entre la capsule de l'amygdale et la paroi pharyngée : fait suite à une angine (à **streptocoque** ou à **germe anaérobie**) ou inaugurale dans 10% des cas

SF
- **Fièvre, douleur pharyngée** à prédominance unilatérale, **otalgie réflexe**, **odynophagie**
- **Trismus**, **voix pharyngée** (de « patate chaude »), **hypersalivation**

SC
- **ADP cervicales** satellites quasi-systématiques
- **Elargissement important du pilier antérieur** du côté atteint
- **Luette** : oedématiée, en « battant de cloche », déviée du côté opposé

→ **Phlegmon antérieur** : bombement prédominant au pôle supérieur du pilier antérieur
→ **Phlegmon postérieur** (plus rare) : bourrelet vertical, blanchâtre, oedématié du pilier postérieur, habituellement **sans trismus**

PEC
- **Ponction à l'aiguille fine** ou **drainage évacuateur** de la collection suppurée : bactériologie
- **TDM cervico-facial injecté** seulement si ponction non contributive (ne ramenant pas de pus)

TTT

→ **En ambulatoire** : possible chez l'adulte, seulement si alimentation orale possible et si la ponction à l'aiguille fine ou le drainage évacuateur a permis de ramener du pus
→ **Hospitalisation** : systématique chez l'enfant ou si échec/CI à la PEC ambulatoire chez l'adulte

Antibiothérapie
- **Augmentin®** pendant **10 jours** : par **voie orale** ou **IV avec relai oral**
- Allergie à la pénicilline : - **C3G** + **métronidazole** ou **clindamycine IV**
  - Relai oral par **clindamycine** ou **pristinamycine**

Traitement symptomatique
- **Dose unique de corticoïdes** : soulagement de la douleur et du trismus
- **Antalgique/antipyrétique**
- Prévention de la déshydratation par perfusion si voie orale impossible

Amygdalectomie = Indiquée en cas de forme récidivante

INFECTION PERI-PHARYNGEE

Infection rétro-pharyngée et rétro-stylienne
= **Adénite**, s'observant le plus souvent chez l'enfant (régression des ganglions rétro-pharyngés et rétro-styliens vers 7 ans), dans les suites d'une **rhinopharyngite** ou d'une **angine**
- Signe de rhinopharyngite (fièvre, rhinorrhée, odynophagie, toux) chez un **enfant < 7 ans**
- Apparition : - **Torticolis**, **dyspnée**, **hypersialorrhée**
  - **Tuméfaction latéro-cervicale haute mal limitée**
- Examen : **tuméfaction médiane** ou **latérale rétro-amygdalienne** de la paroi pharyngée

Infection pré-stylienne
= La plus fréquente chez l'adulte et l'adolescent, d'origine **dentaire** ou **amygdalienne**
- Contexte d'angine ou de phlegmon péri-amygdalien chez un adulte
- **Trismus, sialorrhée, tuméfaction latéro-cervicale haute parotidienne** et **sous-mandibulaire**

→ Rechercher une **comorbidité** associée chez l'adulte : **diabète, cancer surinfecté**

Cellulite cervicale extensive
= **Infections des espaces celluleux**, zones tissulaires graisseuses séparent les fascias
- Diffusion rapide de l'infection aux **régions parotidiennes**, **sous-mandibulaire**, **rétro-stylienne** puis **rétro-pharyngée** et **médiastinale**
- Stade : **pré-suppuratif** (inflammation intense) puis **suppuratif** (**abcès**)

→ PEC urgente : - **TDM cervico-facial + thoracique haut injectée**
- **Hospitalisation en centre spécialisé** pour **prise en charge chirurgicale** adaptée

Adénite cervicale suppurative

= **Adéno-phlegmon latéro-cervical** : suppuration d'un ganglion lymphatique jugulo-carotidien
- Apparition : **torticolis douloureux**, **empâtement cervical profond**, **syndrome fébrile**

Forme non compliquée (majorité des cas)
→ Prise en charge en ambulatoire, sans bilan complémentaire
- **Antalgique/antipyrétique**
- **Antibiothérapie** orale : **Augmentin®** pendant **10-14 jours**
- En cas d'allergie : **métronidazole** + **pristinamycine** (> 6 ans) ou **macrolide** (< 6 ans)
- **Réévaluation à 48-72h**, généralement évolution favorable en 2-3 jours

En l'absence d'amélioration à 48-72h
→ **Hospitalisation** et **recherche d'une collection**
- Clinique : **érythème cutané** (fait craindre une fistulisation), **masse fluctuante**
- Bilan : **échographie** ou **TDM cervical injecté + ponction aspirative**

Syndrome de Lemierre

= Complication septicémique, principalement d'une angine de Vincent (BGN anaérobie, saprophyte) ou de toute infection ORL ou odontologique chez un patient immunocompétent : rare, grave
- **Thrombophlébite septique d'une veine jugulaire interne** ou **d'une autre veine céphalique**
- **Emboles septiques** : **pulmonaires**, voire **ostéo-articulaires, hépatiques** ou **rénaux**

Complication d'angine à streptocoque A	**Rhumatisme articulaire aigu**	= **15 à 20 jours** après une angine à strepto A : de façon brutale (**polyarthrite**) ou insidieuse (**cardite**)	
		Articulaire	- **Polyarthrite** mobile, migratrice, asymétrique des grosses articulations - Forme plus discrète : **arthralgie, mono-arthrite** - Dure environ **1 mois**, disparaît sans séquelle
		Cardiaque	= Plus fréquent chez le sujet jeune : élément pronostique essentiel - **Endocardite** : - **Insuffisance mitrale** (plus souvent) et/ou **aortique** **- Rétrécissement aortique** et/ou **mitral** plus tardif - **Myocardite** : **insuffisance cardiaque, trouble du rythme, repolarisation et conduction** - **Péricardite** (peu fréquente) : douleur précordiale, frottement péricardique, ↗ volume de la silhouette cardiaque, trouble de repolarisation
		Cutanée	- **Nodosités de Meynet** (exceptionnelles) : sous-cutanées, fermes, indolores, de quelques mm à 2 cm, en regard des surfaces osseuses et des tendons, surtout des coudes, genoux, poignets, chevilles, persistant 1 à 2 semaines - **Erythème marginée** : macules rosées, non prurigineuses, à la racine des membres et sur le tronc, fugace
		Neuro	**- Chorée de Sydenham** : mouvements involontaires, désordonnés, anarchiques, diffus, bilatéraux, d'apparition tardive (après plusieurs poussées inflammatoires)
		PC	- **Syndrome inflammatoire biologique** - Infection à streptocoque A : **prélèvement de gorge** pour **culture**, dosage des **Ac anti-streptolysine O (ASLO)** ou **anti-désoxyribonucléase B (ASDOR)**
		TTT	- Syndrome post-streptococcique majeur : **repos au lit** pendant 3 semaines, **corticothérapie** (limite les remaniements valvulaires) et **benzathine-pénicilline** - Syndrome post-streptococcique mineur : **salicylé** et **benzathine-pénicilline** **- Antibioprophylaxie** dès la fin du TTT curatif : **benzathine-pénicilline** (Extencilline®) **IM** toutes les 3-4 semaines (**macrolide** si allergie) pendant **5 ans** (forme majeure) ou **1 an** (forme mineure)
	Glomérulo-néphrite	= **Oedémateuse** ou **hématurique**, survenant 10 à 20 jours après une angine à streptocoque A - Evolution : généralement favorable chez l'enfant, risque d'insuffisance rénale, surtout chez l'adulte	
AMYGDALITE CHRONIQUE	De l'enfant	= 2ndr à une perturbation immunologique locale lors des 1ères années de vie, favorisée par les antibiotiques - **Angines à répétition**, souvent blanches, prolongées, avec **ADP importantes** et **asthénie durable** - **Etat inflammatoire** permanent des **amygdales** : dure, atrophique ou molle, avec issue à la pression d'un liquide louche/purulent, **syndrome inflammatoire** et **ADP cervicales sous-angulo-maxillaires chroniques** - Evolution chronique : **gêne au développement staturo-pondéral**, retard scolaire par **absentéisme**, complication loco-régionale = **naso-sinusienne**, **otite**, **trachéo-bronchique** - TTT : **amygdalectomie**	
	De l'adulte	= Réaction fibro-cicatricielle importante des amygdales, chez un sujet volontiers anxieux ou avec un RGO - Symptomatologie locale : **dysphagie unilatérale intermittente** avec **otalgie**, mauvaise haleine, crachats de fragments caséeux fétides, **toux irritative**, sans signes infectieux généraux - A l'examen : amygdales petites, enchatonnées dans les piliers, sièges de cryptes emplies de caséum, de noyaux cicatriciels et de kystes jaunâtres - TTT : **gargarisme, pulvérisation superficielle au laser, radiofréquence, cryothérapie, amygdalectomie**	
		DD	- **Pharyngite chronique** (diabète, goutte, allergie, affection digestive, mycose, médication atropinique au long cours (anti-hypertenseur, tranquillisant…) **- Paresthésies pharyngées** (manifestations phobiques chez un patient anxieux, névrotique) - **Cancer amygdalien** en début d'évolution
AMYGDALECTOMIE	Indication	- **Hypertrophie amygdalienne** : - Troubles respiratoires obstructifs (SAOS…) - Trouble de la déglutition (dysphagie aux gros morceaux) - Difficultés de phonation (voix oropharyngée) - Trouble du développement oro-facial - **Infection** : - Angine récidivante > 3/an pendant 3 ans ou 5/an pendant 2 ans ou **chronique** > 3 mois - Phlegmon péri-amygdalien récidivant ou abcès para-pharyngé (à chaud) - Syndrome de Marshall (fièvre périodique) - Syndrome post-streptococcique d'une angine à strepto A (hors glomérulonéphrite) - **Tuméfaction amygdalienne unilatérale** suspecte de malignité	
	CI relative	- Trouble de la coagulation, fentes palatines ou divisions sous-muqueuses (risque d'insuffisance vélaire)	
	Complication	- **Hémorragie par chutes d'escarres** : immédiate ou retardée, imposant une hospitalisation - **Dysphagie douloureuse** : fréquente, avec risque de déshydratation	